

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2016年度（前期） 一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書

「統合失調症患者の地域生活継続のために精神科救急病棟看護師が
重要と考える看護」

申請者：大森隼一郎

所属機関：三重県立こころの医療センター

提出年月日：2017年8月29日

I. 序 論

我が国における精神疾患患者の処遇については、入院治療を中心として進められてきた。入院治療では長期化するケースが多く、厚生労働省（2013a）によれば、2000年以降、精神疾患による入院患者の約7割が1年以上の長期入院となっている。

精神疾患患者の入院医療については、精神科救急医療体制整備事業が進められ、激しい症状を有する精神疾患患者を24時間365日の診療体制で受け入れることができるよう1996年に精神科急性期治療病棟が新設された。2002年には診療報酬に精神科救急入院料が加算されるようになり、自傷・他害の恐れのある重度の精神疾患患者を受け入れ、早期退院を促進する精神科救急病棟が新設された。そして、2004年に厚生労働省は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」として、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念を掲げ、精神疾患患者に対する入院医療と在宅医療のあり方を示している（厚生労働省,2004a、2009a）。

入院医療については、精神科救急病棟を持つ施設は2002年の新設時には2施設であったが、2013年には130施設となり（日本精神科救急学会,2015）、約10年で飛躍的に増加していることから、急性期の入院医療の整備が進められていることが伺える。

精神科救急病棟は、急性期症状を呈し、自傷・他害のおそれがある患者を受け入れる。その特徴として、入院の必要性が明白であるにもかかわらず、本人から入院の同意が得られない場合、本人の同意を得ずに入院させる医療保護入院が6割以上を占めている（平田ら,2014）。精神科救急病棟の運用には、重症患者には人手をかけて短期集中的な入院治療を実施するという観点から、入院患者10人に常時1人以上の看護師が配置されている。また、病床数の半数以上を個室が占める。さらに、新規入院患者の6割以上が3か月以内に在宅移行するといった条件が課せられている（厚生労働省,2011a）。

3か月以内の在宅移行について、2012年度の精神科救急病棟における平均在院日数は51.2日、在宅移行率は72.7%であると報告されている（平田ら,2014）。3か月以内での早期退院、在宅移行はおおむね可能になっていると指摘できる。一方で、精神科救急病棟に限らず、精神科病院における退院後3か月以内の再入院率は、精神科救急病棟が新設された2002年は13.7%であったが、2012年には17.5%となっており、過去10年にわたって、再入院率は増加傾向にある（厚生労働省,2003、2004b、2005、2006、2007、2008、2009b、2010、2011b、2012、2013b）。このことから、精神科救急病棟における再入院率が高いために、精神科病院における再入院率が増加している可能性がある。平田ら（2012）は、精神科救急病棟では、早期退院を重視するあまり、在宅医療の条件が十分に整わないうちに退院となり、入退院を反復するケースが課題であると指摘している。このことから、精神科救急病棟において、退院後3か月以内の再入院率の増加は解決すべき課題であると言える。

再入院防止のための退院後の在宅医療に関する支援体制の構築が進められている。精神科訪問看護に加え、2011年度からの精神障害者アウトリーチ推進事業の開始（厚生労働

省,2011c)、2014年度の診療報酬改定に伴う精神科重症患者早期集中支援管理料としての多職種チームによる在宅医療に対する加算の新設(厚生労働省,2014)などが挙げられる。精神科訪問看護の提供は精神科病院への再入院の防止と在院日数の減少に繋がっており(萱間ら,2005、渡辺ら,2000)、精神科訪問看護の利用者は増加している(厚生労働省,2008、2009b、2010、2011b、2012、2013b)。しかし、精神科訪問看護を実施している事業所は、全国の訪問看護ステーションの約半数にとどまっており、事業所数が不足している現状がある(厚生労働省,2011a)。その理由として、厚生労働省(2013c)は、精神科訪問看護に従事できる職員の不足や訪問看護ステーションの設置状況に地域差がみられることを報告している。このことから、十分な精神科訪問看護が提供できるような全国一律の体制整備にはいまだ至っていないことが指摘できる。

精神科救急病棟の新設など急性期の入院医療の整備が進められている一方で、退院後の受け入れ先となる在宅医療の整備が未だ不十分であると言える。加えて、精神科救急病棟において、早期退院に力点が置かれていて、在宅医療につなげる看護として退院後の地域生活継続を視野に入れた看護が十分に機能していない可能性がある。そのことが早期の再入院につながる一因となっていると考えられる。

精神科救急病棟における再入院防止を検討する際、疾患によって提供する看護は異なるため、疾患の種別について考慮する必要がある。精神科救急病棟では、患者の約半数を統合失調症患者が占めている(平田ら,2014)。統合失調症患者は、急性期症状として、幻覚・妄想といった病的体験により自傷・他害などによる暴力行為などの事故が起りやすいことが指摘されている(酒泉ら,2010)。加えて、服薬の中断や患者の対処能力とストレスとのアンバランスから症状の再発を招きやすい。そのため、精神科救急病棟における統合失調症患者の看護については、安全確保や鎮静処置、症状のアセスメントが優先されることが報告されている(東,2011、阿保ら,2011)。阿保ら(2004)は、統合失調症患者の看護を回復プロセスに沿って、急性状態時、臨界期、寛解期に分類しており、急性状態時には、保護室使用などの刺激を避けるための環境調整や食事、排泄といった基本的な生活行動に関する看護が優先されることを報告している。このことから、精神科救急病棟においては、急性期症状の安定のための看護が優先されるため、入院初期からの退院後の地域生活を見据えた看護が及びにくいことが指摘できる。そのため、精神科救急病棟の主たる対象である統合失調症患者に対して、退院後の地域生活継続という視点で看護を入院初期から実践することが重要であると言える。しかしながら、新村ら(2006)は、精神科急性期病棟において、看護師が入院1週目から統合失調症患者の退院を意識できていたのは、看護師の34%にとどまっていると報告しており、退院後の地域生活継続という視点が不十分であることが浮き彫りになっていると言える。

精神科救急病棟における3か月以内での退院を目指した看護の中で、統合失調症患者の地域生活継続に向けて重視されている看護について研究が進められている(宇佐美ら,2003、2014、大竹ら,2006、田井ら,2010、新村ら,2014)。

宇佐美ら（2003）は、退院後 3 か月未満の再入院群と退院後 3 か月以上の地域生活維持群の入院中における看護を比較し、地域生活維持群に特徴的な看護として、症状とセルフケアの安定を指向した関係調整や生活の再構成、家族族を中心とした患者のサポート体制づくりに関する看護が抽出されたことを報告している。大竹ら（2006）は、統合失調症患者の退院後の地域生活に向けた入院中の看護として、退院後の過ごし方や精神症状のマネジメント、家族調整に関する看護など 10 の領域が抽出されたことを報告している。田井ら（2010）は、再入院した統合失調症患者が退院後の地域生活を送るための看護として、症状マネジメントの習得という視点から服薬の習慣化の促しや服薬の必要性の説明などを抽出し、地域生活維持に向けた支援体制の確立という視点から家族への教育や家族関係の調整などを抽出している。宇佐美ら（2014）は、入院中の統合失調症患者に対する再入院予防のための看護として、症状管理を支援する、セルフケアの獲得を支援する、退院後の安定した生活を意識しリソースを活性化するというカテゴリを抽出している。これら先行研究から、退院後の地域生活継続に関する看護として共通しているのは、退院後の過ごし方や精神症状のマネジメント、家族調整に関するものなど、徐々に明らかになりつつある。

新村ら（2014）は、精神科救急病棟の看護師を対象に統合失調症患者に対する退院後の生活に向けた看護の実施の有無について、全国的なアンケート調査を実施している。調査項目は、既存の先行研究（宇佐美ら,2003、大竹ら,2006、田井ら,2010）から抽出し、服薬管理、疾患教育、症状マネジメント、人との関わり、家族との関係づくり・調整・教育、退院後の生活や社会資源の検討、外来との連携といった 7 領域であった。調査の結果、これら 7 領域すべての看護項目の半数以上が 50% 以下の実施率であった。さらに、実施時期について、入院初期～中期に比べ退院準備期の実施に偏っていることが明らかになった。これらのことから、精神科救急病棟において、統合失調症患者に対する退院後の地域生活継続に向けて重要と考えられる退院後の生活支援に焦点を当てた看護を入院から退院までの 3 か月間に十分に実施するのが困難な状況にあると考えられる。

阿保ら（2011）は、統合失調症患者の特徴として、回復の遅延や障害の固定化に伴い、家族関係の破たんや職業生活のはく奪につながり、患者の生活に深刻な悪影響を与えると指摘している。このことから、精神科救急病棟において、退院後の生活支援のみに焦点を当てた看護では統合失調症患者が地域生活を継続するための支援としては不十分であると考えられる。そのため、精神科救急病棟で行われるあらゆる側面の看護が統合失調症患者の退院後の地域生活継続に向けて、どのような意味を持つのか明らかにする必要がある。

そこで本研究では、その前段階として、精神科救急病棟で統合失調症患者に対して、入院から退院までの 3 か月間に行われているあらゆる側面の看護に関して、退院後の地域生活を継続させていくために重要な看護という視点から、病棟看護師がどのような認識の枠組みを持っているのか、その因子構造を明らかにすることを目的とする。

そのことにより、精神科救急病棟看護師の統合失調症患者の地域生活継続に対する視点を明確にすることが容易にでき、精神科救急病棟での統合失調症患者の地域生活継続が促

進する可能性がある。また、入退院の繰り返しを防ぐような地域生活継続に影響を与える看護のあり方が検討され、精神科救急病棟における地域生活の継続に対する看護の指標や教育プログラムの基盤の一助となる。さらに、精神科救急病棟における看護の質の向上のための有効な資料となる。

[用語の定義]

平均在院日数

当該病棟における年間在院患者延日数を $\{(\text{年間新入院患者数} + \text{年間新退院患者数}) \div 2\}$ で除した数

退院後 3 か月以内の再入院率

新入院患者のうち自院退院後 3 か月以内の再入院数を新入院患者数で除した数に 100 を乗じた数

地域生活継続

本研究では、統合失調症患者の地域生活継続について、統合失調症患者が精神科救急病棟退院後、通院治療や地域の支援を受けながら、少なくとも 3 か月以上の地域生活を継続していることと定義した。3 か月という期間は、厚生労働省 (2013d) が、退院後 3 か月以内の再入院率が精神疾患の現状把握において考慮すべき指標であるとしているためである。

II. 方法

1. 研究デザイン

自記式質問紙調査法による量的研究で探索的因子分析とした。アンケート結果 (観測変数) から観測変数間の相関を説明する因子を探索する方法は、因子構造を仮定せずに行い、どのような共通因子が存在しているのかを探索する方法である。本研究では、精神科救急病棟で統合失調症患者に対して行われるあらゆる側面の看護について、看護師の認識が統合失調症患者の地域生活継続という視点で、どのような因子を構成しているかを明らかにするため、この方法を選択した。

1) 調査協力者

協力者は、精神科救急学会のホームページで公表されている国内で精神科救急病棟を持つ 130 施設 (2015 年 10 月末現在) の看護師のうち、精神科救急病棟での臨床経験が通算 3 年以上の看護師とした。Benner (2005) は、同じ状況で 2~3 年仕事をしている看護師は、看護の場面での統率力、問題対処能力、管理能力も持っていることから、このことを看護師の選択基準とした。また、本研究では、調査時点で統合失調症患者への直接的な看護実践に対して、統合失調症患者の地域生活継続に向けて重要な看護についての認識の枠組みを明らかにすることを目的としているため、管理業務を主とする看護師長

については協力者から除外とした。

2) 研究期間

2015年4月～2017年9月。

3) 調査期間

2016年10月～2016年12月。

4) 調査内容

(1) 施設・病棟の概要に関する項目

まず、研究協力の得られた施設の看護部長または副院長に施設概要として、①対象施設の地域生活継続の取り組みの有無と内容（1.訪問看護、2.デイケア、3.家族会、4.ピアサポート活動、5.その他、6.取り組みなし）、②精神看護専門看護師・精神科認定看護師の在籍の有無と在籍数に関する質問項目を設けた。また、病棟概要として、①対象病棟の病床数、②精神看護専門看護師・精神科認定看護師の在籍数、③平均在院日数の算出の有無と日数、④退院後3か月以内の再入院率の算出の有無と再入院率に関する質問項目を設けた。いずれも該当番号を○で囲む選択回答式とした。対象施設の地域生活継続の取り組み内容については、その他への記入欄、精神看護専門看護師・精神科認定看護師の在籍数については、病棟配置・病棟外配置の在籍人数の記入欄、対象病棟の直近1年間の平均在院日数、退院後3か月以内の再入院率については、それぞれに日数と再入院率の記入欄を設けた。

(2) 調査協力者の属性に関する項目

①性別、②年齢、③精神科救急病棟での臨床経験年数、④直近1年間における平均在院日数の把握の有無と日数、⑤退院後3か月以内の再入院率の把握の有無と再入院率に関する質問項目を設けた。いずれも該当番号を○で囲む選択回答式とした。直近1年間における平均在院日数、退院後3か月以内の再入院率については、それぞれに日数と再入院率の記入欄を設けた。

(3) 看護に関する項目

- ① 質問項目の抽出にあたっては、研究目的に従い、「精神科救急病棟」「統合失調症」「地域生活継続」という視点で、精神科救急・急性期の看護に関する書籍（阿保ら,2011）、精神科急性期病棟の看護に関する先行研究（宮本ら,2003）、救急・急性期の統合失調症の看護に関する書籍（阿保ら,2004、坂田ら,2004）、統合失調症の看護に関する書籍（Schultzら,2007）、精神科救急・急性期病棟における地域生活継続に関する先行研究（宇佐美ら,2003、2014、大竹ら,2006、田井ら,2010、新村ら,2014）を選択し、その中に掲載されている具体的な看護行為に関して網羅的に369項目を抽出した。
- ② 抽出された369項目に対して、多くの先行研究や書籍で共通している項目は重要性が高いと判断し、共通する表現を残しながら項目の統合を行った。また、異なる表現があった項目でも内容として共通していると考えられる項目は項目の意味を残しながら統合を行い、139項目とした。さらに、研究指導者2名とともに表現や内容を検討しながら項目の統合を行い、64項目とした。

- ③ これら 64 項目からなる質問紙の内容、質問形式の内容について精神看護専門看護師、精神科救急病棟に勤務する精神科認定看護師、地域の専門家として精神保健福祉士各々とプレテストを行い、意見収集をした。さらに、その後、研究指導者 2 名とともに、これら 64 項目が精神科救急病棟における統合失調症患者の看護が網羅されているか妥当性を検討したうえで、最終的に項目を決定し、質問紙の内容、質問形式の内容を確認した。
- ④ これら 64 の看護項目は、【情報収集】【安全・安心への配慮】【基本的な生活行動】【服薬支援】【症状アセスメント】【現実検討】【入院生活の過ごし方】【退院後の生活調整】【服薬管理】【症状マネジメント】【疾患教育】【人との関わり】【家族調整】【通院継続】の側面がみられた。これら 64 の看護項目が精神科救急病棟における統合失調症患者のあらゆる側面の看護を網羅していると判断した。
- ⑤ 精神科救急病棟看護師が統合失調症患者の退院後の地域生活継続という視点からどの程度重要と考えているかを把握するために、これら 64 の看護項目について、「とても重要である」5 点、「やや重要である」4 点、「どちらともいえない」3 点、「あまり重要でない」2 点、「全く重要でない」1 点の 5 段階評定とし、調査協力者に回答を依頼した。

2. データ収集方法

依頼方法・手順

- ① 対象施設の看護部門の責任者宛て（看護部長または副院長）に、研究の趣旨を記載した調査依頼書を郵送し、調査協力の依頼および文書にて依頼の内諾を得た。
- ② 調査協力に了承の得られた施設の看護部長または副院長宛てに、対象施設に関する調査票と返信用封筒を郵送した。
- ③ 調査票の返送のあった施設の該当看護師長宛てに、研究の趣旨を記載した調査依頼書と調査協力者の選定を依頼する文書、調査協力者各人への調査書類一式（調査依頼書、調査票、返信用封筒）をまとめて郵送した。
- ④ 調査は、郵送による無記名自記式質問紙調査により実施した。調査協力者への調査票の配布は看護師長からの配布とした。調査協力者には、文書で研究目的や方法を説明し、調査に同意した場合に回答し、調査票を返信用封筒に密閉して直接研究者宛てに無記名で返送するよう依頼した。調査票の返送をもって、研究への参加同意を得られたものとした。
- ⑤ 返信用封筒には、病棟単位でマッチングできるようにナンバリングを施し、返送された調査票から病棟、個人が識別できる情報を取り除き、新たに ID をつけて匿名化した。また、ID に対応した対応票を作成し、連結可能匿名化を図り、別に管理した。

3. 分析方法

データの分析には、統計ソフト IBM SPSS Statistics Version 24 for windows を使用し、記述統計学的解析を行った。

- ① 施設・病棟の概要、調査協力者の属性に関する項目、および 64 の看護項目について、記述統計量を算出した。
- ② 64 の看護項目について、因子分析を行い、因子構造を確認し、個々の因子についての命名を行った。
- ③ 抽出された各因子に高い負荷量を示した項目の合計点を各因子の項目数で割って平均値を求め、その値を各因子の因子得点とした。

因子分析の手順として、まず、64 の看護項目についての得点分布を確認した。次に、これら 64 項目に対して主因子法による因子分析を行い、スクリープロットより因子数を決定した。その後、主因子法・プロマックス回転による因子分析を行い、因子負荷量が 0.4 を下回る場合や 1 つの項目が複数の因子に高い負荷量を示す場合にはその項目を分析から除外し、主因子法・プロマックス回転による因子分析を続けた。

因子分析の結果について、累積寄与率に関しては明確な基準が存在するわけではない(松尾ら,2002)。また、クロンバックの α 係数についても、絶対的な基準が存在するわけではないが、通例 0.7 以上あればよいとされている(福原,2013) ことから、本研究においてはこの基準を参考にした。

4. 倫理的配慮

看護部長または副院長及び看護師長への依頼を郵送で行うことで、調査協力者に強制力が働かないよう配慮した。また、看護部長または副院長から看護師長、看護師長から調査協力者に強制力が働かないように、看護部長または副院長、看護師長それぞれにその旨を依頼した。さらに、研究目的、方法、自由意思による参加であること、協力しないことや途中で中断しても不利益を生じないこと、研究についての質問や意見があれば、いつ、どの時点でも受けることができ、それに回答することと研究に関する問い合わせ先を書面で説明した。

得られたデータは本研究の目的以外に用いないようにし、データは研究代表者および指導教員・副指導教員のみが取り扱い誰にも漏らさないようにした。回答済みの調査票は、研究者の研究室にある鍵のかかる場所で保管し、厳重に管理した。回答済みの調査票とその調査票に関して研究者が作成した対応票については、連結可能匿名化としているため、別々に管理した。回答済みの調査票の情報を保管した電子メモリについては、データ漏えい防止のため、データを保存する場合はパスワードを設定した。なお、個人情報処理するコンピュータについては、他の一切のコンピュータから切り離す措置を講じた。

研究が終了し、修士論文発表、学会発表、学術誌への投稿が終了した後は、データをシュレッダーで裁断し、記憶媒体も粉碎等の適切な処理を行い破棄する。調査票の返送をもって、調査協力に同意したとみなすこと、また、返送した時点で同意の撤回ができないこ

とを了承したものとみなすこと、さらに、個別の結果については、問い合わせがあっても返答できないことに了承したものとみなすことを書面で説明した。

なお、本研究は三重県立看護大学研究倫理審査会の承認を得て行った（通知書番号165002）。

Ⅲ. 結果

全国の精神科救急病棟を持つ130施設のうち、研究協力が得られた41施設（52病棟）に依頼し、調査協力者626名分の質問紙を配布した。321名（回収率51.3%）から回答があり、欠損値のあるデータを除いた276名を有効回答とした（有効回答率44.1%）。欠損値については、以下の除外要件を満たしたものを欠損値とした。

除外要件

以下の要件が1つでも該当するものは除外とした。

- ・調査協力者に関する項目に一つでも無回答があるもの
- ・看護に関する項目にすべて無回答であるもの
- ・看護に関する項目の選択肢にすべて同一番号の回答のもの
- ・交互に選択されているなどの特異なパターンで回答しているもの

1. 施設の概要（表1）

設置主体として、「国・自治体」の施設は41施設中19施設あり、「民間」の施設は22施設あった。

地域生活継続のための取り組み：「あり」の施設は41施設中、39施設（95.1%）あり、「訪問看護」と「デイケア」は90%以上の施設が取り組んでおり、「家族会」は19施設（46.3%）、「ピアサポート」は9施設（22.0%）が取り組んでいた。

精神看護専門看護師の在籍については、「在籍なし」が26施設（63.4%）、精神科認定看護師の在籍については、「在籍あり」が26施設（63.4%）を占めていた。

表1 精神科救急病棟を持つ施設の概要(n=41)

		度数	%		
設置主体	国・自治体	19	46.3		
	民間	22	53.7		
地域生活継続のための取り組み	取り組みあり	39	95.1		
	取り組みなし	1	2.4		
	無回答	1	2.4		
取り組み内容	訪問看護	37	90.2		
	デイケア	39	95.1		
	家族会	19	46.3		
	ピアサポート	9	22.0		
	アウトリーチ	1	2.4		
	プログラム ケア会議他	1	2.4		
	家族教室 心理教育	1	2.4		
	外来心理教育	1	2.4		
	作業所	1	2.4		
	作業療法 統合失調症家族心理教育	1	2.4		
	就労支援A・B	1	2.4		
	相談支援事業所 24時間電話対応	1	2.4		
	地域生活支援センター	1	2.4		
	標準版家族心理教育	1	2.4		
	精神看護専門看護師	在籍の有無	あり	14	34.1
なし			26	63.4	
無回答			1	2.4	
病棟配置		0人	34	82.9	
		1人	6	14.6	
		無回答	1	2.4	
病棟外配置		0人	32	78.0	
		1人	7	17.1	
		2人	1	2.4	
		無回答	1	2.4	
精神科認定看護師		在籍の有無	あり	26	63.4
			なし	14	34.1
	無回答		1	2.4	
	病棟配置	0人	15	36.6	
		1人	5	12.2	
		2人	5	12.2	
		3人	4	9.8	
		4人	3	7.3	
		5人	2	4.9	
		6人	5	12.2	
		8人	1	2.4	
		無回答	1	2.4	
	病棟外配置	0人	24	58.5	
		1人	11	26.8	
		2人	4	9.8	
		3人	1	2.4	
		無回答	1	2.4	

2. 病棟の概要 (表 2)

50床未満の病床数の病棟が52病棟中、35病棟(67.3%)であった。

精神看護専門看護師の在籍については、「在籍なし」が47病棟(90.4%)であり、精神科認定看護師の在籍については、「在籍なし」が29病棟(55.8%)であった。

直近1年間における平均在院日数の算出については、「実施」が47病棟(90.4%)あり、直近1年間における平均在院日数の平均値(±標準偏差)は58.04(±11.63)日であった。

直近1年間における再入院率の算出については、「実施」が27病棟（51.9%）あり、直近1年間における再入院率の平均値（±標準偏差）は16.61（±19.30）%であった。

表2 精神科救急病棟の概要(n=52)

		度数	%
病床数	50床未満	35	67.3
	50床以上100床未満	16	30.8
	100床以上	0	0.0
	無回答	1	1.9
精神看護専門看護師の在籍数	1名	4	7.7
	在籍なし	47	90.4
	無回答	1	1.9
精神科認定看護師の在籍数	1名	16	30.8
	2名	4	7.7
	3名	2	3.8
	在籍なし	29	55.8
	無回答	1	1.9
平均在院日数の算出	実施	47	90.4
	未実施	2	3.8
	無回答	3	5.8
再入院率の算出	実施	27	51.9
	未実施	22	42.3
	無回答	3	5.8

3. 調査協力者の属性（表3）

調査協力者の性別は、男性131名（47.5%）、女性145名（52.5%）であった。年齢は、20代34名（12.3%）、30代71名（25.7%）、40代110名（39.9%）、50代以上61名（22.1%）であった。

精神科救急病棟での臨床経験年数は、3～5年未満115名（41.7%）、5年以上～10年未満84名（30.4%）、10年以上77名（27.9%）であった。

直近1年間における平均在院日数については、63名（22.8%）が把握しているのみであり、直近1年間における退院後3か月以内の再入院率については、16名（5.8%）が把握しているのみであった。

表3 調査協力者の属性(n=276)

		人数	%
性別	男性	131	47.5
	女性	145	52.5
年齢	20代	34	12.3
	30代	71	25.7
	40代	110	39.9
	50代以上	61	22.1
経験年数	3～5年未満	115	41.7
	5年以上～10年未満	84	30.4
	10年以上	77	27.9
平均在院日数の把握	把握している	63	22.8
	把握していない	213	77.2
再入院率の把握	把握している	16	5.8
	把握していない	260	94.2

4. 精神科救急病棟における統合失調症患者の看護の地域生活継続に対する看護師の認識 (表 4)

64 の看護項目について、90%以上の看護師が「とても重要である」または「やや重要である」と回答した項目は、項目 9「睡眠状態を観察する」、項目 45「退院後の症状悪化時の対処方法を本人と話し合う」など 37 項目あり、得点分布に偏りが見られた。

また、64 項目中、項目 6「自傷・他害に使われそうな物品は、本人の手の届かない場所に移す」、項目 9「睡眠状態を観察する」など、44 項目で天井効果を示した。一方、フロア効果を示した項目はみられなかった。

因子分析にあたり、64 項目のうち得点分布に偏りが見られた項目の内容を吟味したところ、いずれの項目についても精神科救急病棟における統合失調症患者の看護の地域生活継続に対する看護師の認識という概念を測定する上で不可欠なものであると考えられた。そこで、すべての質問項目を分析対象とした。

表4 精神科救急病棟における統合失調症患者の看護の地域生活継続に対する看護師の認識(n=276)

看護項目	1 (全く重要でない)		2 (あまり重要でない)		3 (どちらともいえない)		4 (やや重要である)		5 (とても重要である)		平均値	標準偏差
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%		
項目1 入院に至った経過を家族から聴取る	0	0.0	1	0.4	4	1.4	46	16.7	225	81.5	4.79	0.46
項目2 キーパーソン(地域生活での支援者)の連絡先を複数確認する	1	0.4	6	2.2	22	8.0	97	35.1	150	54.3	4.41	0.76
項目3 本人の状況に合わせて安全に配慮し、複数で対応する	0	0.0	3	1.1	26	9.4	72	26.1	175	63.4	4.52	0.71
項目4 不安や幻聴を軽減するために、保護室や個室など静かで落ち着ける環境を提供する	0	0.0	3	1.1	28	10.1	78	28.3	167	60.5	4.48	0.72
項目5 自傷・他害を予防するために、行動を制限し、刺激を調節する	1	0.4	3	1.1	35	12.7	98	35.5	139	50.4	4.34	0.77
項目6 自傷・他害に使われそうな物品は、本人の手の届かない場所に移す	0	0.0	5	1.8	21	7.6	61	22.1	189	68.5	4.57	0.71
項目7 病棟内の環境が安全であることを、わかりやすく本人に説明する	0	0.0	6	2.2	15	5.4	80	29.0	175	63.4	4.54	0.70
項目8 日常生活や適切な個人衛生(栄養・排泄・清潔)を維持できるように援助する	0	0.0	2	0.7	5	1.8	83	30.1	186	67.4	4.64	0.56
項目9 睡眠状態を観察する	0	0.0	1	0.4	1	0.4	55	19.9	219	79.3	4.78	0.45
項目10 生活リズムに合った休息と睡眠を促す	0	0.0	1	0.4	14	5.1	64	23.2	197	71.4	4.66	0.59
項目11 服薬の効果や薬の作用・副作用について本人に説明する	0	0.0	2	0.7	20	7.2	91	33.0	163	59.1	4.50	0.66
項目12 治療方針について確認しながら服薬支援を行う	0	0.0	1	0.4	9	3.3	84	30.4	182	65.9	4.62	0.57
項目13 本人の状態について、薬の作用なのか副作用なのかを見極める	0	0.0	0	0.0	11	4.0	71	25.7	194	70.3	4.66	0.55
項目14 薬の副作用が出現した時の対処方法について本人に説明する	0	0.0	2	0.7	27	9.8	95	34.4	152	55.1	4.44	0.70
項目15 本人の状態に落ち着きが見られない時に頓服薬を提案したり、服用後の効果を確認する	0	0.0	1	0.4	9	3.3	77	27.9	189	68.5	4.64	0.56
項目16 幻覚・妄想をはじめとする精神状態のアセスメントを行う	0	0.0	1	0.4	6	2.2	60	21.7	209	75.7	4.73	0.51
項目17 本人が自身の精神状態の悪さについて自覚しているか確認する	0	0.0	3	1.1	20	7.2	106	38.4	147	53.3	4.44	0.68
項目18 単純明確に直接的な内容で本人に対して話す	0	0.0	5	1.8	96	34.8	95	34.4	80	29.0	3.91	0.84
項目19 看護師に対して安全であると認識するまでは、プライベート空間へ入ることを慎む	2	0.7	13	4.7	129	46.7	94	34.1	38	13.8	3.55	0.81
項目20 過度の刺激とならないように配慮して、可能な限り頻りに訪室し、状態を観察する	1	0.4	15	5.4	91	33.0	103	37.3	66	23.9	3.79	0.88
項目21 本人の要求に対しては、できる限り速やかに対応する	0	0.0	14	5.1	121	43.8	90	32.6	51	18.5	3.64	0.84
項目22 本人の言動がまとまらない時は、不安の表出を見極め、重点的に関わる	0	0.0	9	3.3	78	28.3	108	39.1	81	29.3	3.95	0.84
項目23 本人がおびえている時は、傍らに付き添う	0	0.0	9	3.3	120	43.5	99	35.9	48	17.4	3.67	0.80
項目24 現実と非現実との区別ができるように援助する	0	0.0	6	2.2	55	19.9	133	48.2	82	29.7	4.05	0.76
項目25 毎日の現実的な目標を取り決め、看護師の期待を伝える	9	3.3	44	15.9	135	48.9	69	25.0	19	6.9	3.16	0.89
項目26 生活行動に対して、本人を急がせず、十分な時間を確保する	1	0.4	2	0.7	41	14.9	145	52.5	87	31.5	4.14	0.71
項目27 生活行動の自立に対して、本人のペースを大切にす	0	0.0	2	0.7	47	17.0	127	46.0	100	36.2	4.18	0.73
項目28 入院生活の中でできたことに対して、本人に肯定的フィードバックを行う	0	0.0	2	0.7	19	6.9	114	41.3	141	51.1	4.43	0.65
項目29 入院生活をどのように過ごしたいか本人と話し合う	0	0.0	9	3.3	38	13.8	131	47.5	98	35.5	4.15	0.78
項目30 本人との約束は看護師の立場で実現できるように限る	4	1.4	24	8.7	82	29.7	80	29.0	86	31.2	3.80	1.02
項目31 入院生活の中で本人が意思決定できるような機会を徐々に設けていく	0	0.0	0	0.0	18	6.5	134	48.6	124	44.9	4.38	0.61
項目32 本人と他者との対人関係について継続して気を配る	0	0.0	4	1.4	33	12.0	151	54.7	88	31.9	4.17	0.69
項目33 本人の対人関係について、1対1から開始し、徐々に多人数と関わるように促す	0	0.0	16	5.8	128	46.4	102	37.0	30	10.9	3.53	0.77
項目34 他者との関わり方について助言する	1	0.4	15	5.4	106	38.4	128	46.4	26	9.4	3.59	0.75
項目35 外泊時の薬の飲み方、管理について本人に説明する	0	0.0	2	0.7	13	4.7	77	27.9	184	66.7	4.61	0.62
項目36 退院後の生活の準備(資金や必要物品、社会参加の方法等)について本人と話し合う	0	0.0	1	0.4	25	9.1	90	32.6	160	58.0	4.48	0.67
項目37 退院後の生活に関する希望や不安、焦りについて本人と話し合う	0	0.0	1	0.4	8	2.9	82	29.7	185	67.0	4.63	0.56
項目38 退院後の生活における支援者について本人と話し合う	0	0.0	1	0.4	14	5.1	91	33.0	170	61.6	4.56	0.61
項目39 退院後の活動の場(デイケアや作業所等)について本人と話し合う	0	0.0	1	0.4	22	8.0	99	35.9	154	55.8	4.47	0.66
項目40 退院前に退院後の生活の場について看護師が訪問し確認する	0	0.0	4	1.4	36	13.0	125	45.3	111	40.2	4.24	0.73
項目41 退院後に生じる可能性のある問題についての対処方法を本人と話し合う	0	0.0	1	0.4	6	2.2	80	29.0	189	68.5	4.66	0.54
項目42 退院後の服薬管理と継続の必要性、副作用出現時の対処方法を本人と話し合う	0	0.0	1	0.4	6	2.2	71	25.7	198	71.7	4.69	0.53
項目43 退院後の服薬管理と継続の必要性を家族に説明する	0	0.0	2	0.7	6	2.2	59	21.4	209	75.7	4.72	0.54
項目44 退院後の生活の中でどのようなことが症状悪化につながるのか本人と話し合う	0	0.0	0	0.0	5	1.8	65	23.6	206	74.6	4.73	0.49
項目45 退院後の症状悪化時の対処方法を本人と話し合う	0	0.0	0	0.0	3	1.1	62	22.5	211	76.4	4.75	0.46
項目46 症状とのつきあい方について本人と話し合う	0	0.0	1	0.4	4	1.4	82	29.7	189	68.5	4.66	0.53
項目47 入院に至った経緯について本人と振り返る	0	0.0	2	0.7	34	12.3	94	34.1	146	52.9	4.39	0.73
項目48 自分の病状について話したり、学習したりする機会を設ける	0	0.0	0	0.0	17	6.2	115	41.7	144	52.2	4.46	0.61
項目49 個別の症状について病的体験の内容に沿って本人と話し合う	0	0.0	5	1.8	53	19.2	118	42.8	100	36.2	4.13	0.78
項目50 今までの苦悩など家族の思いを聴く	0	0.0	4	1.4	30	10.9	119	43.1	123	44.6	4.31	0.72
項目51 面会・外出・外泊時の本人の状況を家族から確認する	0	0.0	1	0.4	2	0.7	81	29.3	192	69.6	4.68	0.50
項目52 面会・外出・外泊に対して、家族がどのように受け止めたのか家族から確認する	0	0.0	1	0.4	4	1.4	94	34.1	177	64.1	4.62	0.54
項目53 本人の症状や問題行動に対する家族の疑問・不安について家族と話し合う	0	0.0	1	0.4	8	2.9	95	34.4	172	62.3	4.59	0.57
項目54 本人の現在の状態、今後の見通しについて家族に説明する	0	0.0	5	1.8	25	9.1	106	38.4	140	50.7	4.38	0.73
項目55 統合失調症についての理解が得られるように家族に情報提供する	0	0.0	1	0.4	12	4.3	86	31.2	177	64.1	4.59	0.59
項目56 症状悪化時や困った時の対応方法などを含めて本人との接し方について家族と話し合う	0	0.0	1	0.4	9	3.3	86	31.2	180	65.2	4.61	0.57
項目57 本人との生活の中で家族が受けるストレスへの対処法について家族と話し合う	0	0.0	2	0.7	16	5.8	108	39.1	150	54.3	4.47	0.64
項目58 家族が医師と面接ができる場の設定や面接内容を確認する	0	0.0	2	0.7	16	5.8	88	31.9	170	61.6	4.54	0.64
項目59 地域や病院の統合失調症の家族会を家族に紹介する	1	0.4	4	1.4	69	25.0	109	39.5	93	33.7	4.05	0.82
項目60 ピアサポート活動について本人に紹介する	0	0.0	8	2.9	89	32.2	120	43.5	59	21.4	3.83	0.79
項目61 退院サマリーを用いて、退院先に情報提供する	0	0.0	2	0.7	20	7.2	106	38.4	148	53.6	4.45	0.66
項目62 通院日や通院手段を確認し、通院の必要性を本人・家族に説明する	0	0.0	0	0.0	10	3.6	77	27.9	189	68.5	4.65	0.55
項目63 退院後の生活における本人・家族の意向について、院内・院外の関係者が確認する	0	0.0	0	0.0	19	6.9	101	36.6	156	56.5	4.50	0.62
項目64 退院後の生活の方向性を院内・院外の関係者で確認し、役割分担する	0	0.0	3	1.1	20	7.2	104	37.7	149	54.0	4.45	0.68

5. 精神科救急病棟における統合失調症患者の看護の地域生活継続に対する看護師の認

識の因子構造（表 5）

1回目の因子分析の結果、スクリープロットより4因子構造が妥当であると考えられた。そこで、再度4因子を仮定して主因子法・プロマックス回転による因子分析を行った。

最終的な因子分析の結果、64項目のうち23項目が分析から除外され、4因子41項目が抽出された。因子の信頼性は累積寄与率41.46%、クロンバックの α 係数は全体で0.92であった。

除外された23項目のうち、1つの項目が複数の因子に高い因子負荷量を示したため除外された項目が1項目あり、「退院後の生活の中でどのようなことが症状悪化につながるのか本人と話し合う」であった。また、因子負荷量が0.4を下回ったため除外された項目が22項目あり、「退院後に生じる可能性のある問題についての対処方法を本人と話し合う」、「退院前に退院後の生活の場について看護師が訪問し確認する」、「地域や病院の統合失調症の家族会を家族に紹介する」などであった。これら23項目のうち、14項目は天井効果を示していた。

第1因子は、第1因子は、20項目から構成され、因子負荷量は0.80から0.51の範囲であった。クロンバックの α 係数は0.94であった。主な項目は、項目56「症状悪化時や困った時の対応方法などを含めて本人との接し方について家族と話し合う」、項目63「退院後の生活における本人・家族の意向について、院内・院外の関係者で確認する」、といった内容であり、因子名を【本人・家族を対象とした退院後の生活調整】と命名した。

第2因子は、12項目から構成され、因子負荷量は0.64から0.42の範囲であった。 α 係数は0.81であった。主な項目は、項目26「生活行動に対して、本人を急がせず、十分な時間を確保する」、項目28「入院生活の中でできたことに対して、本人に肯定的フィードバックを行う」、といった内容であり、因子名を【患者看護師関係の構築と発展】と命名した。

第3因子は、5項目から構成され、因子負荷量は0.70から0.57の範囲であった。 α 係数は0.77であった。主な項目は、項目12「治療方針について確認しながら服薬支援を行う」、項目10「生活リズムに合った休息と睡眠を促す」、といった内容であり、因子名を【服薬と睡眠の調整】と命名した。

第4因子は、4項目から構成され、因子負荷量は0.71から0.50の範囲であった。 α 係数は0.74であった。主な項目は、項目5「自傷・他害を予防するために、行動を制限し、刺激を調節する」、項目6「自傷・他害に使われそうな物品は、本人の手の届かない場所に移す」、といった内容であり、因子名を【物理的な環境調整】と命名した。

表5 精神科救急病棟における統合失調症患者の看護の地域生活継続に対する看護師の認識の因子構造

因子	項目	因子負荷量				共通性	Cronbach α係数 全体 0.92
		1	2	3	4		
第1因子 【本人・家族を対象とした退院後の生活調整】							
	項目53 本人の症状や問題行動に対する家族の疑問・不安について家族と話し合う	0.80	0.05	-0.13	0.04	0.58	0.94
	項目39 退院後の活動の場(デイケアや作業所等)について本人と話し合う	0.78	-0.09	-0.02	-0.08	0.54	
	項目38 退院後の生活における支援者について本人と話し合う	0.77	-0.05	-0.05	-0.10	0.53	
	項目56 症状悪化時や困った時の対応方法などを含めて本人との接し方について家族と話し合う	0.75	0.07	-0.03	-0.01	0.59	
	項目64 退院後の生活の方向性を院内・院外の関係者で確認し、役割分担する	0.74	0.02	-0.11	0.03	0.49	
	項目62 通院日や通院手段を確認し、通院の必要性を本人・家族に説明する	0.72	-0.11	0.02	0.11	0.48	
	項目36 退院後の生活の準備(資金や必要物品、社会参加の方法等)について本人と話し合う	0.71	-0.08	0.01	-0.10	0.47	
	項目63 退院後の生活における本人・家族の意向について、院内・院外の関係者で確認する	0.70	0.00	-0.04	0.00	0.47	
	項目37 退院後の生活に関する希望や不安、焦りについて本人と話し合う	0.69	0.03	-0.02	-0.14	0.50	
	項目51 面会・外出・外泊時の本人の状況を家族から確認する	0.67	-0.08	0.04	0.21	0.47	
	項目45 退院後の症状悪化時の対処方法を本人と話し合う	0.66	0.00	0.04	-0.18	0.49	
	項目57 本人との生活の中で家族が受けるストレスへの対処法について家族と話し合う	0.62	0.10	-0.02	-0.01	0.45	
	項目43 退院後の服薬管理と継続の必要性を家族に説明する	0.61	-0.10	0.20	0.04	0.46	
	項目54 本人の現在の状態、今後の見通しについて家族に説明する	0.60	0.15	-0.07	-0.02	0.42	
	項目58 家族が医師と面接ができる場の設定や面接内容を確認する	0.59	0.01	0.08	0.22	0.47	
	項目42 退院後の服薬管理と継続の必要性、副作用出現時の対処方法を本人と話し合う	0.57	0.01	0.24	-0.14	0.53	
	項目52 面会・外出・外泊に対して、家族がどのように受け止めたのか家族から確認する	0.57	-0.02	0.09	0.17	0.40	
	項目61 退院サマリーを用いて、通院先に情報提供する	0.56	-0.02	-0.03	0.18	0.33	
	項目55 統合失調症についての理解が得られるように家族に情報提供する	0.55	0.10	0.06	-0.01	0.41	
	項目50 今までの苦悩など家族の思いを聴く	0.51	0.01	0.05	0.07	0.30	
第2因子 【患者看護師関係の構築と発展】							
	項目25 毎日の現実的な目標を取り決め、看護師の期待を伝える	-0.18	0.64	-0.06	-0.04	0.31	0.81
	項目26 生活行動に対して、本人を急がせず、十分な時間を確保する	0.06	0.57	0.06	-0.08	0.39	
	項目21 本人の要求に対しては、できる限り速やかに対応する	0.03	0.55	-0.06	-0.03	0.29	
	項目27 生活行動の自立に対して、本人のペースを大切にす	0.07	0.51	0.03	-0.20	0.31	
	項目29 入院生活をどのように過ごしたいのか本人と話し合う	0.24	0.50	-0.01	0.02	0.43	
	項目20 過度の刺激とならないように配慮して、可能な限り頻回に訪室し、状態を観察する	0.07	0.50	0.04	0.19	0.39	
	項目28 入院生活の中でできたことに対して、本人に肯定的フィードバックを行う	0.26	0.48	-0.07	-0.03	0.38	
	項目30 本人との約束は看護師の立場で実現できることに限る	-0.07	0.46	-0.14	0.04	0.17	
	項目19 看護師に対して安全であると認識するまでは、プライベート空間へ入ることを慎む	0.05	0.45	-0.05	0.14	0.25	
	項目22 本人の言動がまともでない時は、不安の表出を見極め、重点的に関わる	0.07	0.44	0.11	0.08	0.31	
	項目24 現実と非現実との区別ができるように援助する	-0.03	0.43	0.12	0.03	0.23	
	項目18 単純明瞭に直接的な内容で本人に対して話す	-0.27	0.42	0.31	0.10	0.29	
第3因子 【服薬と睡眠の調整】							
	項目11 服薬の効果や薬の作用・副作用について本人に説明する	0.07	-0.05	0.70	-0.20	0.50	0.77
	項目12 治療方針について確認しながら服薬支援を行う	0.14	-0.06	0.69	-0.09	0.53	
	項目10 生活リズムに合った休息と睡眠を促す	-0.06	-0.02	0.61	0.23	0.44	
	項目14 薬の副作用が出現した時の対処方法について本人に説明する	0.02	0.10	0.58	-0.17	0.39	
	項目9 睡眠状態を観察する	-0.04	-0.03	0.57	0.22	0.39	
第4因子 【物理的な環境調整】							
	項目5 自傷・他害を予防するために、行動を制限し、刺激を調節する	-0.10	0.03	0.06	0.71	0.53	0.74
	項目4 不安や幻聴を軽減するために、保護室や個室など静かで落ち着ける環境を提供する	0.10	-0.05	0.05	0.70	0.50	
	項目6 自傷・他害に使われそうな物品は、本人の手の届かない場所に移す	0.00	0.06	-0.11	0.60	0.36	
	項目3 本人の状況に合わせて安全に配慮し、複数で対応する	0.08	0.00	-0.06	0.50	0.24	
因子寄与		11.13	2.70	1.72	1.45		
因子寄与率(%)		27.15	6.58	4.19	3.55		
累積寄与率(%)		27.15	33.73	37.92	41.46		

主因子法 プロマックス回転

6. 精神科救急病棟における統合失調症患者の看護の地域生活継続に対する看護師の認識の因子間相関（表 6）

精神科救急病棟における統合失調症患者の看護の地域生活継続に対する看護師の認識の4因子ごとの平均値を因子得点として算出した。【本人・家族を対象とした退院後の生活調整】因子得点（平均値 4.34、標準偏差 0.39）、【患者看護師関係の構築と発展】因子得点（平均値 3.58、標準偏差 0.42）、【服薬と睡眠の調整】因子得点（平均値 4.60、標準偏差 0.43）、【物理的な環境調整】因子得点（平均値 4.48、標準偏差 0.55）とした。

因子得点をもとに4因子間の相関をみるために、ピアソンの積率相関係数を算出した。その結果、【本人・家族を対象とした退院後の生活調整】と【患者看護師関係の構築と発展】と【服薬と睡眠の調整】との因子間においては互いに有意な正の相関を示した。また、【患者看護師関係の構築と発展】と【服薬と睡眠の調整】との因子間において有意な正の相関を示した。さらに、【患者看護師関係の構築と発展】と【物理的な環境調整】との因子間において有意な正の相関を示した。

表6 精神科救急病棟における統合失調症患者の看護の地域生活継続に対する看護師の認識の因子間相関

	本人・家族を対象とした退院後の生活調整	患者看護師関係の構築と発展	服薬と睡眠の調整	物理的な環境調整	平均値	標準偏差
本人・家族を対象とした退院後の生活調整	-	.45**	.46**	0.06	4.34	0.39
患者看護師関係の構築と発展		-	.33**	.17**	3.58	0.42
服薬と睡眠の調整			-	0.10	4.60	0.43
物理的な環境調整				-	4.48	0.55

*:p<0.05, **:p<0.01

7. 因子得点と調査協力者の属性との比較（表 7）

4因子の因子得点について、協力者の性別、年齢、経験年数、平均在院日数の把握の有無、再入院率の把握の有無、協力者が所属する施設の設置主体、協力者が所属する病棟での専門看護師の配属の有無、協力者が所属する病棟での認定看護師の配属の有無のいずれの項目との比較においても得点に有意差は見られなかった。

表7 因子得点と調査協力者の属性との比較

因子			本人・家族を対象とした退院後の生活調整	患者看護師関係の構築と発展	服薬と睡眠の調整	物理的な環境調整
			平均値±SD	平均値±SD	平均値±SD	平均値±SD
協力者の属性 (n=276)						
性別	男性	131	4.32±0.41	3.56±0.43	4.58±0.45	4.47±0.53
	女性	145	4.36±0.37	3.60±0.42	4.62±0.41	4.49±0.56
	t値 (p値)		0.89 (0.38)	0.91 (0.36)	0.84 (0.40)	0.28 (0.78)
年齢	20代	34	4.27±0.40	3.57±0.41	4.52±0.46	4.47±0.51
	30代	71	4.32±0.43	3.56±0.42	4.51±0.52	4.50±0.48
	40代	110	4.39±0.36	3.59±0.43	4.65±0.37	4.45±0.59
	50代以上	61	4.32±0.39	3.60±0.42	4.66±0.38	4.51±0.57
	F値 (p値)		1.07 (0.36)	0.15 (0.93)	2.19 (0.09)	0.21 (0.89)
経験年数	3~5年未満	115	4.30±0.43	3.52±0.43	4.55±0.45	4.50±0.57
	5年以上~10年未満	84	4.39±0.35	3.61±0.42	4.62±0.37	4.52±0.54
	10年以上	77	4.34±0.37	3.65±0.40	4.65±0.46	4.41±0.51
	F値 (p値)		1.20 (0.30)	2.33 (0.10)	1.49 (0.23)	1.03 (0.36)
平均在院日数の把握	把握している	63	4.41±0.32	3.62±0.42	4.68±0.35	4.42±0.62
	把握していない	213	4.32±0.41	3.57±0.42	4.58±0.45	4.50±0.52
	t値 (p値)		1.89 (0.06)	0.80 (0.42)	1.60 (0.11)	1.04 (0.30)
再入院率の把握	把握している	16	4.40±0.30	3.58±0.36	4.73±0.33	4.61±0.34
	把握していない	260	4.34±0.40	3.58±0.43	4.59±0.44	4.47±0.56
	t値 (p値)		0.62 (0.54)	0.03 (0.98)	1.20 (0.23)	0.98 (0.33)
設置主体	国・自治体	136	4.36±0.35	3.62±0.41	4.60±0.40	4.48±0.58
	民間	140	4.32±0.43	3.54±0.43	4.60±0.46	4.48±0.51
	t値 (P値)		0.87 (0.38)	1.64 (0.10)	0.00 (1.00)	0.04 (0.97)
専門看護師の配属の有無	配属なし	246	4.34±0.40	3.58±0.42	4.60±0.44	4.47±0.55
	配属あり	30	4.33±0.37	3.59±0.41	4.59±0.37	4.58±0.47
	t値 (p値)		0.08 (0.94)	0.19 (0.85)	0.18 (0.86)	1.02 (0.31)
認定看護師の配属の有無	配属なし	170	4.32±0.39	3.57±0.43	4.58±0.46	4.47±0.57
	配属あり	106	4.37±0.39	3.60±0.41	4.63±0.39	4.50±0.51
	t値 (p値)		0.98 (0.33)	0.73 (0.47)	0.80 (0.42)	0.39 (0.70)

注) 2群間の比較には対応のない検定, 3群間以上の比較には対応のない一元配置分散分析を用いた。

IV. 考察

1. 4 因子の内容と因子構造

本研究は、精神科救急病棟で統合失調症患者に対して、入院から退院までの3か月間に行われているあらゆる側面の看護に関して、退院後の地域生活を継続させていくために重要な看護という視点から、病棟看護師がどのような認識の枠組みを持っているのか、その因子構造を明らかにするために因子分析を行った。その結果、第1因子【本人・家族を対象とした退院後の生活調整】、第2因子【患者看護師関係の構築と発展】、第3因子【服薬

と睡眠の調整】、第4因子【物理的な環境調整】の4因子が明らかになった。これら4因子は、統合失調症患者の急性期における看護について、阿保ら（2004）が示した急性状態時、臨界期、寛解期といった回復プロセスに沿った看護の分類とは異なる枠組みであったと言える。これら4因子は、瀬戸屋ら（2008）が示した家族関係の調整、ケアの連携、対人関係の維持・構築といった統合失調症患者に対する訪問看護の内容と類似している点が多いと言える。このことは、統合失調症患者が地域生活を継続していくために必要な看護に関して、重要な視点となる側面は、症状の回復プロセスという視点で理解するというよりは、訪問看護など地域で実践される看護と同じであると、精神科救急病棟看護師が、病棟内で実践している看護についても理解していることを示していると考えられる。

精神科救急病棟看護師が統合失調症患者の地域生活継続という視点で捉えた看護を地域での看護につなげることができれば、継続して看護を展開できる可能性があることを示唆している。以降、因子ごとに考察を進めていく。

1) 第1因子【本人・家族を対象とした退院後の生活調整】20項目

統合失調症患者の地域生活継続のために精神科救急病棟看護師が重要と考える看護の視点においては、【本人・家族を対象とした退院後の生活調整】に関わる20項目が因子を構成していた。これら20項目は、退院後の服薬継続の必要性や症状悪化時の対処方法を話し合う、本人と家族の意向を考慮し、退院後の生活について多職種で検討するといった内容であったと言える。これら20項目を項目ごとでみると、統合失調症患者の地域生活継続に向けて、3か月以内での退院を目指して、病棟で重視されている看護に関する先行研究（宇佐美ら,2003、2014、大竹ら,2006、田井ら,2010、新村ら,2014）の内容と合致する。このことは、従来から統合失調症患者の地域生活継続に重要であると考えられていた看護が他の因子に比べ第1因子により多く含まれたと言える。

統合失調症患者の地域生活継続という視点においてこれまでの先行研究（宇佐美ら,2003、2014、大竹ら,2006、田井ら,2010、新村ら,2014）では、本人および家族への看護は独立して提示され、実践を促すような視点が多く報告されてきた。しかし、本研究では、精神科救急病棟看護師は、本人と家族を一つの単位として捉えていた。このことは、退院後の地域生活の継続を見据えつつ、3か月という短期間で治療を完結させることを求められる精神科救急病棟の特徴的な役割が影響している可能性が考えられる。本人と家族を一つの単位として捉えるということが、効率的に看護を展開するためには重要であるという認識があると考えられる。

統合失調症患者は再入院を繰り返すと家族関係が破たんすることにもなる（阿保ら,2011）。精神科救急病棟看護師は、「家族をケアに取り込む」といったことだけでなく、「家族へのケアが患者の状態にどのような影響を及ぼすか」といったことも含めて、看護を展開することが統合失調症患者の地域生活継続には重要であるとの認識からこれらの看護がまとまったと考える。これは、家族員1人の変化は家族全体に影響を与えるため、家族員一人ひとりを見る直線的な因果関係より、全体がどう影響しあったかという相互関係

パターンを観察するほうが有効である（森山,1995）というカルガリー家族看護モデルや患者以外の家族が身体的・精神的・社会的に安定して初めて患者の自宅での生活が安定する（渡辺,2001）という在宅看護の考え方からも説明できる。

2) 第2因子【患者看護師関係の構築と発展】12項目

統合失調症患者の地域生活継続のために精神科救急病棟看護師が重要と考える看護の視点においては、【患者看護師関係の構築と発展】に関わる12項目が因子を構成していた。これら12項目は、患者の安心・安全感を確保する、患者を見守ることや支持する姿勢を持つ、患者の主体的な行動を尊重するといった内容であったと言える。

精神科救急病棟看護師は、統合失調症患者の地域生活継続という視点において、患者看護師関係の構築と発展として、患者の安心・安全感を確保しながら見守りと支持の姿勢を持つという保護的な関わりと主体的な行動を尊重するという自立に向けた関わりとのバランスをとることが重要であると捉えていた。青木（2005）は、精神障害者の病院から地域への移行期には保護的な関わりと自立に向けた関わりが必要であるとしており、和泉ら（2010）は、統合失調症患者の自立のためには、保護する看護を提供することが重要であると述べていることから説明できる。

統合失調症患者は、精神症状の悪化により、自我が脆弱となり、外界と自我の境界が曖昧な状態となる（多田,2007）。そのため、精神科救急病棟においては、そのような統合失調症患者に対して、先ず保護的な関わりが求められる場合が多い。一方で、3か月以内の退院には自立を促す関わりへとつなげていくことが不可欠となる。これらから、精神科救急病棟での看護の特徴として、保護的な関わりと自立に向けた関わりとのバランスの難しさが指摘できる。精神科救急病棟看護師は、統合失調症患者の地域生活継続には、保護的な関わりを提供しつつ、患者看護師関係構築の糸口として、自立に向けた関わりを展開し、患者看護師関係を発展させることが重要であるとの認識からこれらの看護がまとまったと考える。

3) 第3因子【服薬と睡眠の調整】5項目

統合失調症患者の地域生活継続のために精神科救急病棟看護師が重要と考える看護の視点においては、【服薬と睡眠の調整】に関わる5項目が因子を構成していた。これら5項目は、服薬支援を行いながら服薬の効果や薬の作用・副作用について本人に説明することや休息・睡眠を確保することといった内容であったと言える。

精神科救急病棟看護師は、統合失調症患者の地域生活継続という視点において、服薬支援と睡眠への援助が重要であると捉えていた。また、第3因子が各因子得点の中で最も平均値が高かったことから、統合失調症患者の地域生活継続にこの因子が最も重要であると認識していたと考える。これは、統合失調症の主な治療は薬物療法であり、抗精神病薬は主体性の喪失を改善させるためには有効かつ不可欠である（多田,2007）ことや精神症状及び「入眠困難」、「中途覚醒」、「熟眠困難」、「早朝覚醒」、「起床時の気分の悪さ」といった睡眠障害についても改善させる（内村ら,2009）ことから説明できる。さらに、地域生活

において、瀬戸屋ら（2008）が、統合失調症患者の訪問看護の内容として、精神症状の悪化や増悪を防ぐために服薬と睡眠への援助が地域生活継続を支えるための援助として示している。以上より、精神科救急病棟看護師は、入院中からこれらの調整が統合失調症患者の地域生活継続には重要であるとの認識からこれらの看護がまとまったと考える。

4) 第4因子【物理的な環境調整】4項目

統合失調症患者の地域生活継続のために精神科救急病棟看護師が重要と考える看護の視点においては、【物理的な環境調整】に関わる4項目が因子を構成していた。これら4項目は、患者と看護師双方の安全・安心が保障できるような物理的な環境調整に関する看護を展開するといった内容であったと言える。これらの看護は、これまで統合失調症患者の地域生活継続に向けて、3か月以内での退院を目指して、病棟で重視されている看護として抽出されてこなかった内容であったと言える。

精神科救急病棟看護師は、統合失調症患者の地域生活継続という視点においては、物理的な環境調整が重要であると捉えていた。精神科救急病棟の特徴として、精神症状の悪化により、本人の同意が得られないまま入院となる医療保護入院が多くを占めている。特に、統合失調症患者は精神症状の悪化により、自我が脆弱となり、外界と自我の境界があいまいな状態となるため（多田,2007）、自身で適切な判断ができずに医療保護入院となることが考えられる。また、精神科救急病棟では、急性期症状を呈し、自傷・他害のおそれがある患者を受け入れており、精神科救急病棟における暴力行為は統合失調症患者によるものが最も多い。これらのことから、精神科救急病棟ではこのような統合失調症患者を保護することが多く、その際の対応が重要となるため、患者-看護師双方の安全と安心を保障することが不可欠となる。そのために、精神科救急病棟看護師の視点として、物理的な環境調整が重視されていると考えられる。

また、精神科救急病棟看護師は、物理的な環境調整を通して、患者-看護師双方の安全と安心を保障することが、患者-看護師関係の構築の糸口として重要であるとの認識からこれらの看護がまとまったと考えられる。これは、行動制限下にある患者に対して、看護師は信頼関係の形成を重視している（福田,2008）という報告からも説明できると言える。

5) 4因子の因子間相関

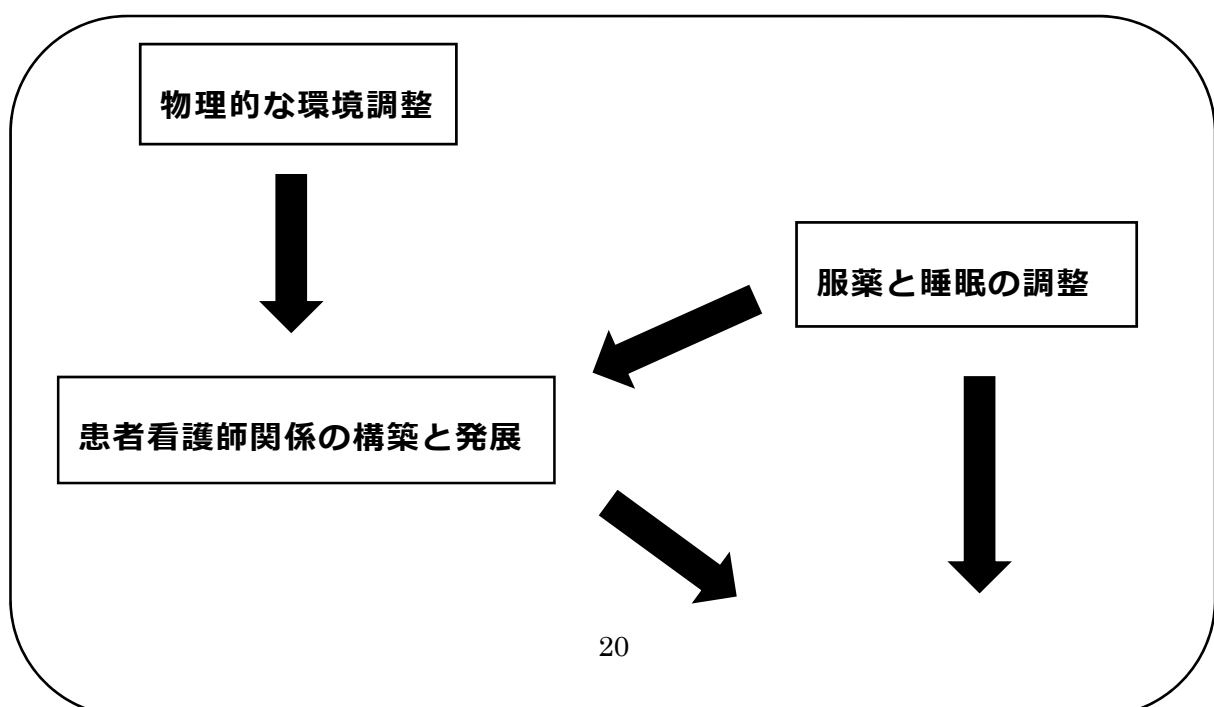
4因子の因子間の相関分析の結果から、精神科救急病棟看護師の統合失調症患者の地域生活継続という視点においては、【物理的な環境調整】と【患者看護師関係の構築と発展】が関係していることが示唆された。また、【患者看護師関係の構築と発展】と、【服薬と睡眠の調整】が関係していることが示唆された。さらに、【患者看護師関係の構築と発展】と、【服薬と睡眠の調整】、【本人・家族を対象とした退院後の生活調整】が互いに関係していることが示唆された。

【物理的な環境調整】と【患者看護師関係の構築と発展】は、どちらも患者を取り巻く環境を示すという点で共通していることから、これらの因子間に有意な正の相関があったと考えられる。また、【患者看護師関係の構築と発展】、【服薬と睡眠の調整】、【本人・家族

を対象とした退院後の生活調整】は、統合失調症患者の精神症状の改善や退院後の精神症状のマネジメントに重要な因子であり、いずれも患者の精神症状が関係しているという点で共通していることから、これらの因子間に互いに有意な正の相関があったと考えられる。

著者の実践経験から、精神科救急病棟では統合失調症患者に対する看護として、患者と看護師双方の安全と安心を保障し、薬物治療を中心として、精神症状の改善を図りながら、患者との治療関係を構築し、退院後の地域生活を検討していくことが重要であると考えている。そのため、これら4因子の関係として、【物理的な環境調整】を通して、患者・看護師双方の安全と安心を保障することで、【患者看護師関係の構築と発展】につなげることができるのではないかと考えられる。また、【服薬と睡眠の調整】により精神症状が改善され、患者の自我が回復し、主体性が取り戻されることで、【患者看護師関係の構築と発展】や【本人・家族を対象とした退院後の生活調整】につなげることができるのではないかと考えられる。さらに、【患者看護師関係の構築と発展】として、自立に向けた関わりが展開されることによって、【本人・家族を対象とした退院後の生活調整】につなげることができるのではないかと考えられる。以上より、これら4因子間の相関から考えられる仮説として、精神科救急病棟における統合失調症患者の地域生活継続には、図1で示したような関係性があるのではないかと考えられる。

しかしながら、本研究では相関関係を明らかにするにとどまっているため、実際にこのような関係にあるのか、今後明らかにしていく必要があると考えられる。これらのことを明らかにすることによって、精神科救急病棟の看護師にとって日々の看護実践が最終的に統合失調症患者の地域生活継続に繋がっているということを強く意識させることで、3か月以内の退院においても、統合失調症患者の地域生活継続を支援する看護が可能になるのではないかと考えられる。



本人・家族を対象とした退院後の生活調整

図 1 4 因子の因子間の相関から考えられる仮説

2. 本研究の意義と今後の課題

統合失調症患者の地域生活継続のために精神科救急病棟看護師が重要と考える看護の視点について、4 因子が明らかになった。3 か月という入院期間でこれら 4 因子を充実させることで統合失調症患者の地域生活継続に繋げることができるかを明らかにしていくことが今後の課題である。

V. 結 論

統合失調症患者の地域生活継続のために精神科救急病棟看護師が重要と考える看護の因子構造として、第 1 因子として、【本人・家族を対象とした退院後の生活調整】、第 2 因子として、【患者看護師関係の構築と発展】、第 3 因子として、【服薬と睡眠の調整】、第 4 因子として、【物理的な環境調整】の 4 因子構造が明らかになった。

4 因子の因子間の相関について、【本人・家族を対象とした退院後の生活調整】と【患者看護師関係の構築と発展】と【服薬と睡眠の調整】との因子間においては互いに有意な正の相関を示した。【患者看護師関係の構築と発展】と【服薬と睡眠の調整】との因子間において有意な正の相関を示した。【患者看護師関係の構築と発展】と【物理的な環境調整】との因子間において有意な正の相関を示した。

4 因子の下位尺度得点について、対象者の性別、年齢、経験年数、平均在院日数の把握の有無、再入院率の把握の有無、対象者が所属する施設の設置主体、対象者が所属する病棟での専門看護師の配属の有無、対象者が所属する病棟での認定看護師の配属の有無のいずれの項目との比較においても得点に有意差は見られなかった。

謝 辞

本研究は公益財団法人 2016 年度前期在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けて実施した。本調査にご協力いただきました看護部長、看護師長、看護師の皆様にご心より深く御礼申し上げます。研究を進めるにあたり、未熟な私に対し、多くの時間と労力をかけて根気強くご指導承りました大越扶貴教授、玉田章教授、小池敦教授に深く感謝いたします。また、教務学生課職員の皆様、図書館職員の皆様、院生の仲間にご心より感謝いたします。

[引用文献]

- 阿保順子,田崎博一,佐久間えりか,他 (2004) .統合失調症急性期看護マニュアル,すぴか書房.
- 阿保順子,東修,岡田愛,他 (2011) .回復のプロセスに沿った精神科救急・急性期ケア,精神看護出版.
- 青木典子 (2005) .精神障害者の病院から地域への移行期における看護活動の実態,日本精神保健看護学会誌 14 (1) : 42-52.
- Benner, P. (2005) .井部俊子監訳,ベナー看護論 新訳版-初心者から達人へ-,医学書院.
- 福田亜紀 (2008) .行動制限の場面における看護師の臨床判断の特徴,日本精神保健看護学会誌 17 (1) : 53-61.
- 福原俊一 (2013) .臨床研究の道標,特定非営利活動法人 健康医療評価研究機構.
- 東修 (2011) .精神科救急医療における看護実践のプロセス,北海道医療大学看護福祉学部学会誌 7 (1) : 65-69.
- 平田豊明 (2012) .千葉県と静岡県での取り組みから,精神科スーパー救急医療の現状と課題-東京をモデルとして-,臨床精神医学 41 (4) : 417-423.
- 平田豊明,杉山直也,澤温,他 (2014) .自治体病院協議会傘下の精神科病院における重症患者の調査研究,平成 25 年度厚生労働科学研究補助金 (障害者対策総合研究事業)「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」分担研究報告書 (研究代表者: 安西信雄) ,25-65.
- 和泉明子,野嶋佐由美 (2010) .統合失調症患者に対する『保護する看護』と『自立を促す看護』の調和をとるための方略,高知女子大学看護学会誌 35 (2) : 21-29.
- 萱間真美,松下太郎,船越明子,他 (2005) .精神科訪問看護の効果に関する実証的研究,精神医学 47 (6) : 647-653.
- 厚生労働省 (2003) . 精神保健福祉資料 平成 15 年度版,社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/> (2016.06.05 アクセス)
- 厚生労働省 (2004a) .精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要) ,精神保健福祉対策本部.
- 厚生労働省 (2004b) . 精神保健福祉資料 平成 16 年度版,社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/> (2016.06.05 アクセス)
- 厚生労働省 (2005) . 精神保健福祉資料 平成 17 年度版,社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/> (2016.06.05 アクセス)
- 厚生労働省 (2006) . 精神保健福祉資料 平成 18 年度版,社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/> (2016.06.05 アクセス)
- 厚生労働省 (2007) . 精神保健福祉資料 平成 19 年度版,社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/> (2016.06.05 アクセス)
- 厚生労働省 (2008) . 精神保健福祉資料 平成 20 年度版,社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/> (2016.06.05 アクセス)
- 厚生労働省 (2009a) .精神保健医療福祉の更なる改革に向けて,今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会.
- 厚生労働省 (2009b) . 精神保健福祉資料 平成 21 年度版,社会・援護局障害保健福祉部精

- 神・障害保健課. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/> (2016.06.05 アクセス)
- 厚生労働省 (2010). 精神保健福祉資料 平成 22 年度版, 社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/> (2016.06.05 アクセス)
- 厚生労働省 (2011a). 精神科医療について, 中央社会保険医協議会.
- 厚生労働省 (2011b). 精神保健福祉資料 平成 23 年度版, 社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/> (2016.06.05 アクセス)
- 厚生労働省 (2011c). 精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き, 社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課.
- 厚生労働省 (2012). 精神保健福祉資料 平成 24 年度版, 社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/> (2016.06.05 アクセス)
- 厚生労働省 (2013a). 個別資料 (その 2: 精神医療について), 中央社会保険医療協議会.
- 厚生労働省 (2013b). 精神保健福祉資料 平成 25 年度版, 社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/630/> (2016.06.05 アクセス)
- 厚生労働省 (2013c). 精神障害者に対する医療の提供に関する日本看護協会の意見, 第 3 回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会 資料 6.
- 厚生労働省 (2013d). 精神疾患の医療体制構築に係る指針について, 医療計画の見直し等に関する検討会.
- 厚生労働省 (2014). 平成 26 年度診療報酬改定の概要, 保険局医療課.
- 松尾太加志, 中村知靖 (2002). 誰も教えてくれなかった因子分析, 北大路書房.
- 宮本有紀, 萱間真美, 沢田秋, 瀬戸屋希, 松浦彩美 (2003). 精神科急性期看護のケア量の時期に応じた増減の特徴 「精神科急性期病棟における看護量の評価方法の検討」のための研究調査から, 精神科看護 30 (11): 42-46.
- 森山美和子 (1995). 家族看護モデル-アセスメントと援助の手引き-, 医学書院.
- 日本精神科救急学会 (2015). 精神科救急入院料施設一覧.
<http://www.jaep.jp/sep1511.html>. (2016.02.14 アクセス)
- 新村順子, 田上美千佳, 長直子, 他 (2006). 急性期治療病棟における統合失調症患者の退院に関わる看護師の判断-看護師のインタビュー調査より-, 日本精神保健看護学会誌 15 (1): 67-76.
- 新村順子, 田上美千佳, 山村礎, 他 (2014). 精神科救急入院料病棟における退院に向けた看護ケアの特徴, 精神科救急 17: 131-140.
- 大竹眞裕美, 大川貴子, 田上美千佳, 他 (2006). 3ヶ月以内で退院した統合失調症患者に行われたケアと退院後の生活の実際, 日本精神保健看護学会誌 15 (1): 86-95.
- 酒泉昭裕, 遠藤敦子, 半澤亜美, 他 (2010). 精神科救急病棟における暴力事故および暴力事故予防に関する実態調査-患者・医療者の双方が安全で安心できる病棟づくりにむけて-, 日本看護学会論文集, 精神看護 41: 77-80.
- 坂田三允, 萱間真美, 櫻庭繁, 他 (2004). 精神看護エクスペール 6 救急・急性期 I 統合失調症, 中山書店.
- Schultz, Judith M, Videbeck, Sheila L. (2007). 田崎博一, 阿保順子, 佐久間えりか監訳, 看護診断にもとづく精神科看護ケアプラン 第 2 版, 医学書院.

- 瀬戸屋希,萱間真美,宮本有紀,他 (2008) .精神科訪問看護で提供されるケア内容・精神科訪問看護師へのインタビュー調査から,日本看護科学会誌 28 (1) : 41-51.
- 多田直人 (2007) .統合失調症とうつ病の新たな診断基準および適切な治療指針づくりの試み,Pharma Medica 25 (7) : 203-238.
- 田井雅子,野田智子,大川貴子,他 (2010) . 再入院した統合失調症患者の症状マネジメント習得と支援体制確立に向けたケア,日本精神保健看護学会誌 19 (1) : 63-73.
- 宇佐美しおり,岡田俊 (2003) .精神障害者の地域生活を維持・促進させる急性期治療病棟における看護ケア 急性期ケアプロトコールの開発を目指して,看護研究 36 (6) : 493-504.
- 宇佐美しおり,中山洋子,野末聖香,他 (2014) . 再入院予防を目的とした精神障害者への看護ケアの実態,日本精神保健看護学会誌 23 (1) : 70-80.
- 内村直尚,小鳥居望 (2009) .統合失調症と睡眠障害,精神医学 51 (7) : 625-632.
- 渡辺裕子 (2001) .家族看護学を基盤とした在宅看護論 I (概論編),日本看護協会出版会.
- 渡辺美鈴,河野公一,西浦公朗,他 (2000) .精神科の訪問看護を受けている精神障害者の再入院に影響を与える要因について,厚生指標 47 (2) : 21-27.